

家庭護理服務計畫提供者喪失資格通知

縣名

(收件人)

通知日期：\_\_\_\_\_

提供者姓名：\_\_\_\_\_

IHSS 辦事處地址：\_\_\_\_\_

IHSS 辦事處電話號碼：\_\_\_\_\_

收件人：家庭護理服務 (IHSS) 提供者申請人

縣當局已查明，您沒有資格註冊為 IHSS 提供者或獲得 IHSS 計畫向您支付的服務酬勞。您沒有資格是因為您沒有完成 IHSS 提供者註冊流程的一個或多個必需的步驟。您沒有完成下面標示的步驟：

- 您沒有完成、簽署或交回 IHSS 提供者註冊單 (SOC 426)。
- 您沒有參加 IHSS 提供者介紹性指導環節。
- 您沒有簽署 IHSS 提供者註冊協議 (SOC 846)。
- 您沒有提交指紋以及接受犯罪背景調查。

如果您對本函有任何疑問，請致電\_\_\_\_\_。